



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Yes We Can Clinics
T.a.v. de raad van bestuur
St. Gerardusplein 32
5644 NG EINDHOVEN

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 5000
www.igj.nl

Inlichtingen bij
Meldpunt
meldpunt@igj.nl

Ons kenmerk
IGJ/GGZ/V2007215/
2019-2250774/RS/rb

Datum 28 februari 2019
Betreft Openbaarmakingsbesluit bij vastgesteld rapport

Geachte raad van bestuur,

Bijgaand treft u het vastgestelde rapport van het inspectiebezoek Yes We Can Clinics met het kenmerk: IGJ/GGZ/V2007215/2019-2250687/RS/rb van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) aan.

In deze brief wordt het besluit genomen om het hierboven genoemde toezichtsrapport openbaar te maken.

Besluit tot openbaarmaking

Op grond van artikel 44, eerste lid, van de Gezondheidswet in samenhang met artikel 3.1, van onderdeel II, van de bijlage bij het Besluit openbaarmaking toezicht- en uitvoeringsgegevens Gezondheidswet en Jeugdwet is de inspectie verplicht om de in de wet aangewezen informatie openbaar te maken.

De inspectie is wettelijk verplicht om informatie over de uitkomsten van het risicotoezicht (RT) in ruime zin en thematisch toezicht (TT) op de naleving van de voorgeschreven regelgeving openbaar te maken.

Gelet op de hiervoor genoemde verplichting zal de inspectie het toezichtrapport openbaar maken.

Dit betekent dat deze informatie geplaatst wordt op de website van de inspectie (igj.nl) en daar in principe voor een periode van 5 jaar voor iedereen toegankelijk blijft. Daarbij worden de wettelijke normen in acht genomen.

Reactiemogelijkheid

U mag een schriftelijke reactie geven op de openbaar te maken informatie. Indien u van deze mogelijkheid gebruikt maakt, wordt uw reactie zakelijk weergegeven op de website van de inspectie.



Uw reactie moet aan de volgende eisen voldoen:

- Maximaal 200 woorden;
- Geen aanstootgevend taalgebruik;
- Geen reclame voor bedrijven of producten;
- Geen (bijzondere) persoonsgegevens over andere personen of gegevens van andere bedrijven (derden);
- Geen strafrechtelijke gegevens.

Datum

28 februari 2019

Kenmerk

IGJ/GGZ/V2007215/
2019-2250774/RS/rb

Indien uw reactie niet aan de eisen voldoet zal de inspectie woorden of delen van uw reactie weglakken. Gelakte woorden tellen echter wel mee voor het maximum aantal woorden van 200.

U kunt uw reactie uiterlijk 6 weken na dagtekening van dit besluit indienen. Dit betekent dat u tot 11 april 2019 de tijd heeft om een reactie in te dienen. Een reactie die te laat is ingediend zal niet worden gepubliceerd. Daarbij wil ik u erop wijzen dat, indien u wenst dat de inspectie uw schriftelijke reactie tegelijk met het bijgevoegde toezichtrapport op de website plaatst, deze reactie uiterlijk 2 weken na dagtekening van dit openbaarmakingsbesluit door de inspectie ontvangen moet zijn.

De inspectie ontvangt uw reactie graag per e-mail. U kunt uw reactie sturen naar het volgende e-mailadres: meldpunt@igj.nl. Indien u niet kunt of wilt e-mailen, kunt u uw reactie ook versturen per post naar:

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 2518
6401 DA Heerlen

Vermeld bij uw reactie het kenmerk V2007215. Zonder dit nummer kan de inspectie uw reactie mogelijk niet of niet tijdig plaatsen.

Bent u het niet eens met openbaarmaking?

Om de openbaarmaking tegen te houden, moet u twee dingen doen. Allereerst is het nodig om bezwaar te maken tegen dit besluit bij het Ministerie van VWS (zie hieronder voor een toelichting). Daarnaast is het nodig om een verzoek te doen bij de rechter om het bijgevoegde toezichtrapport niet te publiceren. Zo'n verzoek wordt een verzoek om voorlopige voorziening genoemd (zie hieronder voor een toelichting). De inspectie ontvangt graag een afschrift van dit verzoek om een voorlopige voorziening (meldpunt@igj.nl). Om u hiervoor de tijd te geven zal de inspectie niet eerder dan donderdag 19 maart 2019 het toezichtrapport op haar website plaatsen.

Ik wijs u er op dat de hiervoor genoemde reactie niet geldt als bezwaarschrift.

Hoogachtend,

Korrie Louwes
Hoofdinspecteur



Mogelijkheid bezwaar en voorlopige voorziening

Heeft u vragen over het besluit tot openbaarmaking of bent u het er niet mee eens? Kijk op <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/bezwaarschriften-vws>. Daar wordt uitgelegd wat u kunt doen als u het niet eens bent met de beslissing en misschien bezwaar wilt maken.

Datum

28 februari 2019

Kenmerk

IGJ/GGZ/V2007215/
2019-2250774/RS/rb

Wilt u een bezwaarschrift sturen, dan moet dit binnen zes weken na de datum die bovenaan deze brief staat. Het bezwaarschrift moet zijn ondertekend en moet ten minste de naam en het adres van de indiener, de dagtekening en een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar is gericht bevatten. Voorts moet het bezwaarschrift de gronden van het bezwaar bevatten.

Het bezwaarschrift e-mailt u naar: WJZ.bezwaarenberoep@minvws.nl, bij voorkeur met een ingescande handtekening. Indien u niet kunt of wilt e-mailen, kunt u uw bezwaarschrift ook versturen per post naar:

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
t.a.v. Directie Wetgeving en Juridische Zaken,
Postbus 20350,
2500 EJ Den Haag.

LET OP:

Het indienen van een bezwaarschrift schort, evenals het geven van een reactie, de werking van dit besluit tot openbaarmaking niet op. Indien u de werking van dit besluit wel wilt opschorten dan moet u binnen twee weken na dagtekening van dit besluit zowel een bezwaarschrift indienen als tevens een voorlopige voorziening (vovo) indienen bij de rechtbank.

Bij het verzoek om een voorlopige voorziening wordt griffierecht geheven.

Een afschrift van het verzoek om een voorlopige voorziening met een kopie van het bezwaarschrift dient u te versturen naar: meldpunt@igj.nl

Indien daadwerkelijk binnen twee weken na dagtekening van dit besluit zowel een bezwaarschrift is ingediend als een voorlopige voorziening is aangevraagd, schort ik de feitelijke openbaarmaking van het vastgestelde rapport van het bezoek van 10 december 2018 aan Yes We Can Clinics op tot na de uitspraak van de voorzieningenrechter.

Als u niet of te laat reageert, gaat de inspectie ervan uit dat u instemt met de openbaarmaking.



> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Yes We Can Clinics
T.a.v. de raad van bestuur
St. Gerardusplein 32
5644 NG EINDHOVEN

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igj.nl

Inlichtingen bij
meldpunt@igj.nl

Datum 28 februari 2019
Onderwerp Vastgesteld rapport inspectiebezoek Yes We Can Clinics

Ons kenmerk
IGJ/GGZ/V2007215/
2019-2250692/RS/rb

Bijlagen
2

Geachte raad van bestuur,

Hierbij ontvangt u het vastgestelde rapport van het toezichtbezoek dat op 10 december 2018 plaatsvond bij uw instelling, locatie Hilvarenbeek.

In het vastgestelde rapport zijn al uw opmerkingen op het conceptrapport verwerkt (per email ontvangen op 21 februari 2019).

In het rapport zijn conclusies toegevoegd en een handhavingsparagraaf.

Ik wijs u er nogmaals op dat de inspectie op grond van de Gezondheidswet/ de Jeugdwet haar rapporten openbaar maakt via www.igj.nl. De inspectie doet dit niet eerder dan twee weken na het verzenden van het definitieve rapport.

Bij openbaarmaking neemt de inspectie de wettelijke normen in acht, zoals gesteld in de Gezondheidswet, de Jeugdwet en de AVG. Dit betekent bijvoorbeeld dat de inspectie in haar rapporten geen tot een persoon herleidbare gegevens opneemt en geen bijzondere persoonsgegevens zoals medische gegevens van uw patiënten of cliënten.

Meer informatie over openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op onze website (www.igj.nl/onderwerpen).

Ten slotte wil ik u en uw medewerkers hartelijk danken voor de constructieve wijze waarop het toezichtbezoek heeft kunnen plaatsvinden.

Hoogachtend,

p/o

Dr. A.G.L. Schellings
Coördinerend specialistisch inspecteur



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek op
10 december 2018 aan Yes We Can Clinics te
Hilvarenbeek

V2007215
2019-2250687

Inhoud

1	Inleiding 4
1.1	Aanleiding en belang 4
1.2	Doelstelling 4
1.3	Methode 4
1.4	Toetsingskader 5
1.5	Beschrijving locatie 5
2	Resultaten inspectiebezoek 8
2.1	Persoonsgerichte Zorg 8
2.2	Deskundige hulpverlener 9
2.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 11
3	Conclusies 14
4	Handhaving 15

1 Inleiding

Op 10 december 2018 heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd een toezichtbezoek gebracht aan Yes We Can Clinics (hierna: YWCC), te Hilvarenbeek. Dit bezoek vond plaats in het kader van de toezichtronde Thematoezicht Middelgrote geestelijke gezondheidszorg- en verslavingszorginstellingen (hierna: ggz). In dit rapport beschrijft de inspectie de resultaten, trekt zij haar conclusies en geeft zij zo nodig aan welke maatregelen zij treft naar aanleiding van de bevindingen.

1.1 Aanleiding en belang

De middelgrote instellingen maken een substantieel deel uit van de ketenzorg in de ggz. Binnen deze keten vormen zij een belangrijke schakel door de afbouw van de klinische capaciteit naar de specialistische ggz en generalistische basis ggz. Dit is een belangrijke aanleiding voor deze toezichtronde.

1.2 Doelstelling

Het doel van het inspectiebezoek is om te beoordelen of de zorgverlening aan de voorwaarden voor veilige en goede zorg voldoet. De inspectie maakt hiervoor gebruik van relevante gezondheidswet- en regelgeving, (veld)normen en daarop gebaseerde richtlijnen en standaarden. Daarnaast gebruikt de inspectie de bevindingen uit dit toezicht om haar toezichtmodel, waarbij risicofactoren in de patiëntenzorg zo vroeg mogelijk kunnen worden onderkend, verder te ontwikkelen.

1.3 Methode

De inspectie voert in de periode oktober 2018 tot en met maart 2019 een onderzoek uit onder tien ggz-instellingen die niet tot de grote geïntegreerde ggz-instellingen behoren maar in de midden categorie vallen¹. Het toezicht richt zich op de gespecialiseerde en/of de generalistische basis ggz en, indien van toepassing, op zorg geleverd op basis van de Wet Langdurige zorg (Wlz). Tijdens haar bezoek beoordeelt de inspectie of de zorgverlening aan de voorwaarden voor veilige en goede zorg voldoet. De inspectie voert gesprekken met leden van het management/directie, regiebehandelaren en uitvoerende medewerkers. Naast gesprekken voert de inspectie dossieronderzoek uit en krijgt de inspectie inzage in kwaliteitsdocumenten.

Tijdens het bezoek staan de volgende drie thema's centraal:

- persoonsgerichte zorg (waaronder behandelplan, dossiervoering, medicatieveiligheid, wachttijden);
- deskundige zorgverlener;
- sturen op kwaliteit en veiligheid.

De inzage in patiëntendossiers beperkt zich tot maximaal vijf dossiers, waarbij in het bijzonder wordt nagegaan of de dossiervoering adequaat is wat betreft het behandelplan, het medicatiebeleid en het gebruik van de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en de 'kindcheck'. De dossiers worden ter plaatse willekeurig gekozen. Het is niet nodig dat patiënten vooraf toestemming geven voor inzage in hun dossier². De inspectie vraagt wel aan de behandelaar een aantekening te maken

¹ 'Middelgrote instellingen' zijn gedefinieerd als instellingen met een jaaromzet van 1 tot 30 miljoen Euro.

² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/04/18/kamerbrief-over-beleidskader-inzagebevoegdheid-patienten-clienten-zorgdossiers>

in het dossier, zodat de betreffende patiënt kennis kan nemen van inzage door de inspectie.

1.4 Toetsingskader

De inspectie heeft voor deze toezichtronde een toezichtinstrument ontwikkeld waarin zij heeft vastgelegd welke thema's en vragen aan de orde komen en welke normen daarbij worden gehanteerd. Het toezichtinstrument is gebaseerd op relevante gezondheidswet- en regelgeving, (veld)normen en daarop gebaseerde richtlijnen en standaarden.

Deze normen zijn in het bijzonder afkomstig uit of afgeleid van:

- Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz; 2016);
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG; 1993);
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet;
- Burgerlijk Wetboek (WGBO; 1994);
- Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (2015);
- Richtlijn psychiatrische diagnostiek, NVvP (2015);
- Model kwaliteitsstatuut GGZ (2016);
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg KNMG (2010);
- Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag, Trimbos instituut (2012);
- Algemene verordening gegevensbescherming (AVG);
- Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit, Trimbos instituut (2010);
- NHG-richtlijn informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ (2011);
- Richtlijn Medicatieoverdracht (2011);
- Richtlijn Elektronisch Voorschrijven, KNMG (2013);
- Nederlandse Apotheek Norm (NAN, 2006);
- Standaard Farmaceutische zorg in GGZ-instellingen, GGZ Nederland, (2016);
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen (2011);
- Handreiking patiëntveiligheid vanuit het perspectief van cliënten en familie, LPGGz (2010);
- Beleidskader Goede zorg vraagt om goed bestuur, VWS (2016).

1.5 Beschrijving locatie

YWCC is in 2011 opgericht en beschikte toentertijd over meerdere locaties in Nederland en de Belgische Ardennen. In 2017 is de kliniek naar Hilvarenbeek verhuisd, waardoor de capaciteit steeg naar 140 bedden. Daarnaast beschikt YWCC over ambulante behandellocaties in Eindhoven, Abcoude en Heeze. YWCC heeft tevens een internationaal zorgaanbod. Het internationale hoofdkantoor hiervoor is gevestigd in Oirschot. YWCC is geregistreerd in het Kamer van Koophandel onder nummer 52716058 en beschikt over een goedkeurend kwaliteitsstatuut.

Organisatiestructuur en ontwikkelingen in de organisatie

Jaarlijks krijgt YWCC 2000 aanmeldingen waarvan ongeveer 600 in aanmerking komen voor een behandeltraject. De overige 1400 aanmeldingen worden afhankelijk van de hulpvraag doorverwezen naar andere zorginstellingen voor ambulante of klinische behandeling. In 2017 heeft YWCC ongeveer duizend jongeren behandeld. Ondanks de toenemende vraag naar klinische voorzieningen voor jongeren hebben de bestuurders op dit moment niet het voornemen om de organisatie in Nederland verder uit te breiden. YWCC heeft een platte organisatiestructuur met een driehoofdige raad van bestuur en een klein managementteam. Alle medewerkers

dragen de visie van de organisatie uit. De gesprekspartners geven aan dat YWCC een jonge organisatie is die door de grote vraag naar gespecialiseerde behandeling voor jongeren met ernstige psychiatrische problematiek snel is gegroeid. De organisatie is steeds verder aan het professionaliseren. Volgens de gesprekspartners is er sprake van een eenduidige aansturing van processen binnen een duidelijk structuur.

Om YWCC toekomstbestendig te maken moet de organisatie in de komende periode zich zowel operationeel als strategisch verder ontwikkelen en zich meer gaan richten op de bedrijfsvoering- en processen, risicoselectie en in spelen op de ontwikkelingen in de samenleving en in de gezondheidszorg. Het is de missie van YWCC om jongeren in zo vroeg mogelijk stadium te helpen om zo chronische en complexe psychiatrische problematiek te voorkomen.

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit jongeren van 13 tot en met 23 jaar met psychische en/of psychiatrische en gedragsproblemen al dan niet in combinatie met middelenafhankelijkheid of -verslaving. De jongeren die in aanmerking komen voor behandeling zijn op verschillende levensgebieden vastgelopen. Dit kan zich uiten in onder andere stemmingsstoornissen, gedragsstoornissen, suïcidaliteit, agressie, eetstoornissen, criminaliteit, verzuim van school, seksueel en fysiek misbruik en verslaving aan middelen. De zorg wordt vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Jeugdwet) bekostigd. In gesprek geven de gesprekspartners aan dat bij de doelgroep steeds meer sprake is van comorbiditeit en complexe multipathologie.

Behandelprogramma

Het behandelprogramma bestaat uit tien weken klinische opname en tien weken ambulante nazorg. De behandeling richt zich zowel op de jongere als op hun ouders/verzorgers. Parallel aan de klinische opname van de jongere worden de ouders/verzorgers ook intensief begeleidt. Het ouderprogramma bestaat uit zes dagdelen therapie plus opdrachten voor thuis. Doel van het ouderprogramma is om ouders inzicht te verschaffen in de problematiek van de jongere en de ouder/verzorger (nieuwe) vaardigheden te leren hiermee om te gaan. Indien ouders/verzorgers niet aan het programma willen deelnemen gaat de behandelcoördinator en de regiebehandelaar met de ouders/verzorgers in gesprek om hen alsnog voor deelname te motiveren. De deelname van ouders/verzorgers wordt als essentieel gezien voor een blijvend positief behandelresultaat.

Gezien de complexiteit van de problematiek is de regiebehandelaar altijd een psychiater. Er zijn echter wel exclusiecriteria. Bij acute suïcidaliteit wordt de behandeling tijdelijk opgeschort en wordt uitgeweken naar een crisisfaciliteit van een collega-instelling waarmee een intensieve samenwerking is opgezet. Opschorten van de behandeling gebeurt ook bij jongeren die een psychose doormaken of als anorexia nervosa te levensbedreigend is. Zodra deze problematiek enigszins is gestabiliseerd, kunnen ze bij YWCC met hun behandeling starten. YWCC biedt een integraal dagprogramma dat zich richt op individuele- en groepsgesprekken, diverse therapieën al dan niet met gezinsleden, themabesprekingen en dagelijkse educatieve en sportactiviteiten. Het programma start dagelijks om 06.45 uur en eindigt om 22.45 uur. Gedurende de opname gaan de jongeren niet naar school. Het grootste deel van deze jongeren ging vóór hun behandeling bij YWCC ook niet naar school. De jongeren sporten dagelijks minimaal drie uur. Gedurende de opname is geen contact met buiten de kliniek mogelijk. De jongeren hebben geen beschikking over mobiele telefoons of andere communicatiemiddelen.

Door middel van ROM, CQI en GGZ thermometers blijft YWCC na opname op de hoogte van de effectiviteit van de behandeling.

Personele bezetting

De personele bezetting bestaat uit een multidisciplinair behandelteam waaronder psychiaters, verpleegkundigen, GZ-psychologen, basispsychologen, jongerencoaches, groepswerkers, ervaringsdeskundige en groepscoaches. Bijna alle personeel is in loondienst. De gesprekspartners achten het personeel zowel kwalitatief als kwantitatief voldoende in balans om goede kwaliteit van zorg te kunnen geven. YWCC heeft ruim 230 medewerkers in dienst (200 fte). Het ziekteverzuim is op jaarbasis onder de zes procent. Preventie van ziekteverzuim is een van de belangrijkste personeelspijlers van YWCC. Hiervoor worden onder andere burn-out coaches ingezet.

2 Resultaten inspectiebezoek

In dit hoofdstuk zijn de beoordelingen per getoetste norm per thema weergegeven. De inspectie beoordeelde tijdens het bezoek of YWCC wel of niet voldeed aan de norm. Per thema is een toelichting opgenomen van de wijze waarop het betreffende thema in de praktijk vormgegeven is.

2.1 Persoonsgerichte Zorg

Norm	Beoordeling
De diagnose bestaat uit een diagnostische classificatie (DSM), psychiatrisch onderzoek en uit een beschrijvende conclusie (structuurdiagnose). Op grond van alle verzamelde gegevens is een behandelplan geformuleerd. (1,2,3,4)	Voldeed
De doelen in het behandelplan zijn passend bij de hulpvraag, stoornis en risicotaxaties. (1,2,3)	Voldeed
De patiënt (of zijn wettelijk vertegenwoordiger) is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van en heeft aantoonbaar ingestemd met het behandelplan. Alles wordt met de patiënt besproken die voor het behandelplan en de uitvoering ervan al dan niet geheel of gedeeltelijk informed consent geeft. (1,2,3,4)	Voldeed

Grondslagen:

- 1) *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 2 en 3.*
- 2) *Artikel 7:448, 7:450 en 7:454 van het Burgerlijk Wetboek (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, (WGBO)*
- 3) *Richtlijn psychiatrische diagnostiek (NVvP) 2015, 3.3 Activiteiten en resultaten van de psychiatrische diagnostiek*
- 4) *Model kwaliteitsstatuut GGZ 2016, pagina 8*

Toelichting

Intake, behandelplan en diagnostische classificatie

Binnen 48 uur na aanmelding ontvangt de melder een bevestiging voor intake. Vervolgens wordt de cliënt binnen vijf dagen opgeroepen voor een diagnostische screening. De jongere en zijn ouders/verzorgers worden samen uitgenodigd voor een intake. Na het kennismakingsgesprek met een ervaringsdeskundige casemanager volgt het gesprek met een behandelcoördinator en een psychiater. De jongere/ouders krijgen aan het eind van de intake een behandeladvies (*go or no go*).

Na intake worden de jongeren direct aan een behandelcoördinator (eerste aanspreekpunt) gekoppeld waarmee dagelijks contact mogelijk is. Na intake volgt een wachttijd van ongeveer acht weken voor klinische opname. Bij situaties die geen lange wachttijd kunnen verdragen kan de jongere op voorhand regelmatig contact hebben met zijn/haar aanspreekpunt. De intake wordt in het multidisciplinair overleg (MDO) besproken en vervolgens wordt er een behandelplan en een behandelovereenkomst opgesteld. Tijdens het MDO is de behandelcoördinator, behandelaar, ervaringsdeskundige casemanager en psychiater aanwezig. YWCC maakt een onderscheid tussen het MDO waarbij de behandelplanbespreking plaatsvindt en het dagelijks voortgangsbespreking. Het dagelijks voortgangsbespreking vindt drie keer per dag plaats. Bij beide overlegvormen zijn

alle disciplines van het behandelteam aanwezig. Drie keer per week heeft de jongere een gesprek met zijn/haar behandelaar. De psychiater ziet de cliënt in de eerste, derde, vijfde en achtste week van de behandeling. Indien nodig wordt de psychiater vaker ingeschakeld.

De regiebehandelaar maakt een voorstel voor een diagnoseclassificatie en legt dit aan het behandelteam voor vervolgens wordt de DSM-diagnose/classificatie definitief vastgesteld. Aansluitend wordt de behandelovereenkomst gesloten en ontvangt de jongere/ ouders een behandelplan waarin de hulpvraag en de doelen zijn beschreven. Voor de ondersteuning aan ouders/verzorgers heeft YWCC een specifiek ouder/familieprogramma ontwikkeld. Het ouder/familieprogramma loopt parallel aan het klinische behandelprogramma.

De psychiater wordt geconsulteerd bij het vaststellen van psychiatrische diagnose, veranderingen in het toestandsbeeld, vermoeden van suïcidaliteit, complexe casuïstiek, noodzakelijke farmacotherapie en bij somatische comorbiditeit.

Somatische intake

Bij opname wordt een somatische anamnese afgenomen. Indien nodig vindt op indicatie aanvullend onderzoek plaats. Een verpleegkundige is verantwoordelijk voor het verlenen somatische zorg en het verstrekken van medicatie.

Dossieronderzoek

In de door de inspectie getoetste dossiers trof de inspectie een beschrijvende diagnose, (hetero)anamnese, intakeverslag, somatische screening, toestemmingsformulieren en verwijfsbrief van de huisarts aan. Daarnaast was een behandelovereenkomst en behandelplan in het dossier aanwezig. Het behandelplan en de daarbij behorende behandeldoelen sloten op elkaar aan. In alle dossiers was vastgelegd wie regiebehandelaar en wie (uitvoerend) behandelaar was.

2.2

Deskundige hulpverlener

Norm	Beoordeling
Medewerkers weten met welke richtlijnen, protocollen en werk-instructies gewerkt moet worden voor de behandelindicaties en hoe ze gebruikt moeten worden. (1,2,3)	Voldeed
Medewerkers zijn bekend met en werken conform het kwaliteitsstatuut. (1,2,4)	Voldeed
Er is een opleidingsplan beschikbaar (passend scholingsbeleid om de benodigde deskundigheid te kunnen leveren). (1,2)	Voldeed
De zorgaanbieder heeft de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vastgesteld en bevordert kennis en gebruik. (1,2,5,6).	Voldeed
Zorgverleners werken conform de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en voeren de 'kindcheck' uit. (1,2,5,6)	Voldeed
Er wordt gehandeld conform de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (MDR-suicide). (1,2,7)	Voldeed
De voorschrijver voert medicatiebewaking uit tijdens het voorschrijven met behulp van een Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS). (1,8)	Voldeed
De voorschrijver gebruikt op het moment van voorschrijven een actueel medicatieoverzicht. (1,9)	Voldeed

Het actueel medicatie overzicht is z.s.m. maar zeker binnen 24 uur beschikbaar voor zowel voorschrijvers als andere zorgverleners. (1,9)	Voldeed
---	---------

Grondslagen:

- 1) Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 2
- 2) Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 3
- 3) Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)
- 4) Model Kwaliteitsstatuut GGZ 2016
- 5) Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 8
- 6) Beroepscode voor psychiaters, II.13, NVvP
- 7) Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, NVvP, NIP, V&VN
- 8) Richtlijn 'Elektronisch voorschrijven' [2013] GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, KNOV, LHV, NHG, NPCF, NVAVG, NVZ, NVZA, OMS, V&VN, Verenso, VGN, VHN
- 9) Richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' [2008] ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, OMS, V&VN, FNT, NMT, VGN

Toelichting

Richtlijnen, protocollen en werkinstructies

YWCC beschikt over een kwaliteitshandboek (systeem) waarin voorschriften, werkprocessen, procedures en werkinstructies beschreven zijn. De interne communicatielijnen zijn kort en laagdrempelig. Volgens de gesprekspartners ligt het succes van de behandeling gelegen in de combinatie van een hoogwaardig wetenschappelijk onderbouwd therapieprogramma, een multidisciplinair en integrale aanpak, de korte duur en intensiteit van de klinische behandeling, behandelomgeving, nazorg en effect op lange termijn. Het succespercentage en goede naam van de organisatie dragen bij aan de toenemende vraag. Als gevolg hiervan heeft YWCC te maken met een lange wachttijden die de Treeknormen overschrijden. Ook het sluiten van gesloten klinische voorzieningen voor jeugdigen en jeugdgevangenissen dragen bij aan een toegenomen vraag en wachttijden. Volgens de gesprekspartners neemt het aantal jongeren met een OTS of justitiële maatregel steeds meer toe.

Kwaliteitsstatuut

YWCC beschikt over een goed gekeurd kwaliteitsstatuut en over een professioneel statuut, die beide op de website zijn gepubliceerd. Medewerkers hebben kennisgenomen en zijn veelal op de hoogte van de inhoud van het kwaliteitsstatuut.

Scholingsbeleid en deskundigheidsbevordering

Medewerkers zijn zelf verantwoordelijk voor het bijhouden van de eigen kennis en deskundigheid. Iedere medewerker beschikt over een opleidingsbudget om aan deskundigheidsbevordering te besteden. Naast de mogelijkheid om externe trainingen, conferenties en cursussen te volgen, kunnen medewerkers gebruik maken van het interne scholings- en opleidingsaanbod van YWCC (Yes We Can Academy). Alle nieuwe medewerkers volgen naast het introductieprogramma een tweedaags scholingsprogramma waarin de visie, missie en behandelmethodiek van YWCC worden behandeld.

Jaarlijks vindt er een functioneringsgesprek plaats waarin de scholingsbehoefte wordt besproken. Voorts vindt er structureel supervisie en intervisie plaats. YWCC beschikt over drie werkervaringsplekken voor basispsychologen.

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en 'kindcheck'

YWCC beschikt over een op de organisatie toegesneden en beschreven meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. In het handboek wordt de procedure en werkwijze beschreven gevolgd dienen te worden bij signalen of vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling. Bij intake wordt de gezinssituatie structureel uitgevraagd en in kaart gebracht. Daarnaast wordt de kindcheck afgenomen. Afhankelijk van de risicosignalen en klinische inschatting wordt in het team besloten welke stappen ondernomen moeten worden. Indien nodig wordt een casus aan Veilig Thuis voorgelegd. Het thema maakt tevens onderdeel van het ouderprogramma.

Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Risicotaxatie op suïcidaliteit en agressie worden structureel bij intake uitgevoerd. Het behandelteam hanteert hiervoor als basis de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Bij (een vermoeden van) suïcidaliteit wordt altijd de psychiater in consult gevraagd. YWCC beschikt over een protocol 'wat te doen bij noodsituaties', 'de-escalatie en fysiek ingrijpen' en een protocol 'psychiatrische crisis'. Hierin is opgenomen hoe te handelen bij een eventuele crisis- of risicovolle situatie. Volgens de gesprekspartners is er meestal geen sprake van acuut gevaar. Overdag is altijd één of zijn meerdere psychiaters aanwezig, in de avonden is er een psychiater in de achterwacht. Voorts bestaat de nachtdienst uit twee verpleegkundigen en meerdere coaches. Suïcidaliteit en het gebruik van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling zijn thema's die regelmatig tijdens intervisie worden besproken.

Medicatieveiligheid

Bij de intake wordt een farmaceutisch opnamegesprek met de jongere en zijn/haar ouders/ verzorgers afgenomen. Medicatieverificatie vindt plaats door het opvragen van de medicatiehistorie bij de huisarts of de apotheek. YWCC beschikt over een elektronisch patiëntendossier (Medicore) met een elektronisch voorschrijf- en medicatiebewakingssysteem (NCare). Psychofarmaca wordt alleen door de psychiater voorgeschreven. YWCC hanteert een terughoudend/ abstinierend beleid ten aanzien van het voorschrijven van psychofarmaca. Benzodiazepinen worden voor opname afgebouwd. Medicatie wordt de medische dienst verstrekt.

Dossieronderzoek

Waar van toepassing trof de inspectie in de onderzochte dossiers een medicatieoverzicht aan.

2.3

Sturen op kwaliteit en veiligheid

Norm	Beoordeling
De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de Wkkgz en brengt dit onder de aandacht van de cliënten (en vertegenwoordigers). (1)	Voldeed
De zorgaanbieder is aangesloten bij een geschilleninstantie. (2)	Voldeed
(Bijna) incidenten worden centraal gemeld, besproken en geanalyseerd, in een systeem van Veilig Incidenten Melden (VIM). De analyse van meldingen leidt tot daadwerkelijke verbeteracties. (3,4)	Voldeed
De zorgaanbieder houdt zich aan de wettelijke bewaartermijnen van de dossiers, zorgt voor beveiliging en goede overdracht van de dossiers. (5,6,7)	Voldeed

De zorgaanbieder vergewist zich ervan dat de wijze waarop zorgverleners in het verleden hebben gefunctioneerd, niet in de weg staat aan het inzetten van de zorgverleners bij het verlenen van zorg. (8)	Voldeed
Op de website van de zorgaanbieder is de actuele wachttijd voor intake en voor behandeling gepubliceerd conform de vigerende beleidsregel van de NZa. (5,9,10)	Voldeed
Wanneer intake of behandeling niet binnen de gestelde Treeknormen kan aanvangen, stelt de zorgaanbieder de patiënt hiervan op de hoogte en kan de patiënt zich wenden tot de zorgbemiddeling van de eigen zorgverzekeraar/financier. (5,9,10)	Voldeed
Bij de intake legt de zorgaanbieder vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. (5,9,10)	Voldeed

Grondslagen:

- 1) Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 13
- 2) Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 18
- 3) Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 7
- 4) Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 9
- 5) Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 2
- 6) Artikel 7:454 en artikel 7:457 van het Burgerlijk Wetboek (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, (WGBO)
- 7) Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)
- 8) Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 4
- 9) Model Kwaliteitsstatuut GGZ 2016, pagina 8
- 10) Wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) Artikel 3

Toelichting

Klachtenregeling

YWCC beschikt over een klachtenregeling. Op de website van YWCC staan de klachtenprocedure en het klachtenreglement vermeld. In de klachtenprocedure is beschreven op welke wijze de jongere en of ouder/ verzorgers een klacht kunnen indienen. In eerste instantie dient de jongere en of ouder/ verzorgers contact op te nemen met zijn/haar behandelcoördinator. Mocht dit niet tot een oplossing leiden, kan de jongere en of ouder/ verzorgers zich wenden tot de interne klachtenfunctionaris. Indien bemiddeling niet leidt tot een voor klager aanvaardbare oplossing wordt de klager de mogelijkheid geboden een klacht bij de Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg in te dienen. De interne klachtenfunctionaris is medewerker van YWCC en hierdoor niet geheel onafhankelijk.

Veilig Incident melden (VIM-meldingen)

YWCC beschikt over een registratiesysteem om (bijna) incidenten in de patiëntenzorg te registreren. Alle meldingen worden door de VIM-commissie verzameld en geanalyseerd. Op basis van de resultaten formuleert de commissie aanbevelingen en verbeteracties om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De melder ontvangt altijd een terugkoppeling en vervolgdadvies na onderzoek terug. Medewerkers ervaren geen drempel om meldingen te maken. De meeste meldingen betreffen (dreigend) verbale agressie en medicatierisico's.

Clienttevredenheid

Om de ervaren kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken en te kwantificeren neemt YWCC periodiek gestandaardiseerde vragenlijsten ROM, CQI en GGZ-thermometer

af. De resultaten worden met de cliënt besproken en gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Cliëntenmedezeggenschap

De cliëntenraad bestaat uit vertegenwoordigers van cliënten van YWCC uit zowel de jongeren- als uit de ouderenraad en heeft vijf leden.

Bewaartermijnen van de dossiers

Bij afsluiting van de behandeling wordt het complete dossier conform vigerende wetgeving bewaard.

Vergewisplicht

YWCC beschikt over een werving- en selectiebeleid. Bij aanstelling wordt een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) opgevraagd en het BIG-register actief geraadpleegd. Alle jongerencoaches volgen bij aanname een EHBO-cursus. Alle medewerkers met cliëntencontact volgen daarnaast nog de training de-escalatietechnieken.

Wachttijden en verantwoordelijkheidsverdeling

Op de website van YWCC wordt per leeftijdscategorie (13 t/m 17 jaar en 18 t/m 23 jaar) de wachttijd vermeld. YWCC maakt onderscheid tussen de wachttijd tot intake (aanmeldwachttijd) en de wachttijd tot start behandeling (behandelwachttijd). De gemiddelde wachttijd voor een intakegesprek na aanmelding is zes weken. De voor de start van de behandeling (klinische opname) is gemiddelde wachttijd ongeveer acht weken. Hiermee overschrijdt de wachttijd voor intake en behandeling de Treeknormen. Tijdens de intake wordt besproken hoe lang de wachttijd is en welke alternatieven er mogelijk zijn.

Samenwerkingsafspraken met ketenpartners

YWCC werkt samen met verschillende ketenpartners zoals GGZ Breburg, Brijder, De Hoop/Timon, Parnassia, jeugd-ggz aanbieders, wijkteams en gemeenten. Ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek werkt YWCC samen met het instituut voor onderzoek naar leefwijzen en verslaving (IVO).

3 Conclusies

De inspectie is van oordeel dat Yes We Can Clinics kwalitatieve goede en veilige zorg biedt. Richtlijnen, protocollen en werkinstructies zijn op orde en medewerkers kunnen hiermee uit de voeten. Behandelingen worden gestructureerd en doelgericht uitgevoerd en de dossiervoering is zorgvuldig. Het kwaliteitsstatuut geeft richting aan het behandelproces, opleidings- en (bij)scholingsfaciliteiten zijn aanwezig, de medicatieveiligheid is geborgd en de klachtenregeling is op orde. Het aannamebeleid wordt correct uitgevoerd en er is aandacht voor het terugdringen van wachttijden.

4 Handhaving

De inspectie ziet geen aanleiding nadere handhavingsmaatregelen te treffen.
De kwaliteit en de veiligheid van de zorg die wordt geleverd door Yes We Can Clinics kan wel zo nodig tijdens regulier toezicht worden getoetst door middel van een aangekondigd of een onaangekondigd inspectiebezoek.